

DEMANDE D'ADMISSION

PAGE 1/2

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE : SEXE : H F

Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

Hospitalisé depuis le * : / /

Date d'entrée souhaitée * : / /

Etablissement * :

Tel * :

Service * :

Médecin * :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

Adresse du domicile* :	Tel*:
	Mail :
Personne à prévenir* :	Tel*:
Mesures de protection :	Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Démarche en cours

Numéro de sécurité sociale* :	Caisse :
Pays d'origine (Hors France) :	AME
Mutuelle* :	Forfait journalier : Oui Non ALD : Oui Non
	Supplément chambre seule : Oui Non Déjà acquise
CMU Acc T.	Démarche En cours

DEVENIR

Vit seul : Oui Non :	Retour sur lieu de vie envisageable : Oui Non
Demande de placement en cours : Non Oui	(Faxer le projet social)

HISTOIRE CLINIQUE RESUMÉE, DIAGNOSTIC ET AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

--

Date de l'intervention chirurgicale * :

Appui autorisé Déficit

ANTECEDANT MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES

Portage d'une BMR * :	Oui Non (dépistage négatif) Non recherché
Infection * :	Non Oui, site de l'infection :
Escarres :	Plaie chirurgicale :

Dispositifs particuliers (chambre implantable, voie centrale, PICC-LINE...):

Traitement en cours et traitement habituel (dosage et posologie)

Cf joindre une ordonnance à jour

Capacité fonctionnelles *	Commentaire :		
	seul(e)	Aide partielle	Aide complète
Déplacements *			Lit strict Fauteuil Pas d'appui Cannes Déambulateur Fauteuil roulant
Transferts *			Lève malade Matelas de transfert Autre :
Faire sa toilette *			
Aller aux toilettes*			Elimination urinaire : Incontinence Protection Etui pénien Sondages intermittents SAD, Date : / /
			Elimination Fécale : Incontinence Protection Stomie d'élimination digestive
Alimentation *			Trouble de la déglutition Nutrition entérale : NasoGast. Jéjunostomie Régime : Date : / /
Communication			

Troubles de la conscience*	Non	Oui	Détails :
Troubles de l'humeur *	Non	Oui	Détails :
Troubles cognitifs *	Non	Oui	Détails :
Troubles du comportement *	Non	Oui	Détails :
		Risque de fugue Agressivité / violence Confusion Contention	

Informations médicales complémentaires :

Rendez-vous pris pour le patient :

Consentement du patient ou de la famille pour son transfert ? **OUI** **NON**

Demande remplie par : Le : / / Signature :

REPONSE DU SMR :